ITEM 117 : RHUMATISME PSORIASIQUE

= Touche **5 à 25 %** des patients souffrant de psoriasis cutané, prévalence de 0,2-0,4 %, généralement entre 30 et 55 ans, sex ratio = 1.
- **Prédisposition HLA B27** : moins fréquente que dans les autres spondylarthropathies, associée à l'atteinte axiale.
- **Associations avec HLA Cw*0602 et B17** : dépendent de l'atteinte cutané.

DIAGNOSTIC

C

= Atteinte articulaire hétérogène, évoluant par poussées.

Atteinte des IPD aux doigts/orteils	= 10-15 % des patients. - Topographie asymétrique évocatrice, souvent très inflammatoire. - Souvent isolée et associée à un psoriasis unguéal sus-jacent.
Polyarthrite séronégative	= 10-50 % des patients : présentation similaire à une polyarthrite rhumatoïde, mais - Atteinte asymétrique et prédominante des IPD. - Atteinte parfois globale tripolaire ou en rayon d'un ou plusieurs doigts : MCP, IPP et IPD. - Absence habituelle de FR et d'ACPA. - Aspect des lésions radiologiques évocateur.
Mono- ou oligo-arthrite asymétrique	= 15 à 50 % des cas. - **Arthrite** touchant les **grosses articulations**, les **orteils** ou les **doigts** (atteinte privilégiée des MCP/MTP, IPP et/ou IPD). - **Dactylite** : **aspect de doigt ou orteil « en saucisse »** = **ténosynovite des fléchisseurs** ± associée à une **arthrite de l'IPP et IPD** : très évocateur du rhumatisme psoriasique.
Forme axiale	= **Spondylarthrite psoriasique** : 20-40 % des cas, associée dans 50 % des cas à une atteinte périphérique. - Rachialgies inflammatoires avec ou sans sacro-illite. - Atteinte cervicale fréquente.
Arthrite mutilante des mains et des pieds	= Exceptionnelle mais gravissime. - **Ostéolyse des phalanges**, des **MTP/MCP.** - **Aspect possible en « lorgnette »** : aspect rétracté du doigt ou de l'orteil, reprenant sa taille habituelle à l'étirement.
Autres	- **Onycho-pachydermo-périostite** = entité radio-clinique pathognomonique : onychose psoriasique, épaississement douloureux des parties molles et ostéo-périostite, prédominante sur l'hallux, pouvant atteindre les autres orteils. - **Orteil de Baueur** : atteinte unguéale de l'orteil + arthrite de l'IPD. - **Forme enthésopathique pure** : épicondylite, tendinite achilléenne, calcanéen. Rare.

→ **90 %** des patients ont un psoriasis : préexistant dans 75 % des cas, synchrone des manifestations articulaires dans 10-15 % des cas.
→ Chez 10 % des malades, les signes articulaires précèdent les signes cutanés : atcds familiaux de psoriasis… = « rhumatisme psoriasique sans psoriasis ».
→ Atteinte à risque : **unguéale** (majorité des cas, aspect ponctué en dé à coudre avec ochynolyse distale et hyperkératose sous-unguéale), **cuir chevelu**, **pli interfessier.**
→ **Le type de psoriasis ou la sévérité de celui-ci ne semble pas augmenter le risque de développer un rhumatisme psoriasique (**point débattu).
- Autres atteintes extra-articulaires : uvéite, entérocolopathie inflammatoire…
- **Comorbidités : CV** très fréquente et à rechercher systématiquement, dépression, anxiété.

Bio

- **Syndrome inflammatoire biologique** : parfois élevé en cas de poussée évolutive, surtout polyarticulaire.
- **FR** et **anti-CCP** : généralement absent ou à taux faible (5-15 %).
- **HLA B27** : présent dans 20 à 50 % des cas, plus fréquent dans les formes axiales.
- **Syndrome métabolique :** dyslipidémie et hyperuricémie.

Rx

= Caractéristiques radiologiques propres au rhumatisme psoriasique, évocatrices :
- **Lésions destructrices (précédant l'ankylose)** : **érosion marginale, ostéolyse,** progressant de la périphérie vers le centre, pouvant aboutir à une **image en « pointe de crayon »** (amincissement des têtes métacarpiennes ou métatarsiennes avec cupule de la base de la phalange) ou à une **ostéolyse complète** (**acro-ostéolyse des houppes phalangiennes, arthrite mutilante**).
- **Lésions reconstructrices** : **hyperostose**, **appositions périostées**, **périostite**, **enthésophytes « grossiers »** (souvent exubérants, surtout au rachis), **ankylose osseuse.**

Atteinte axiale	- **Sacro-illite** asymétrique, souvent condensante. - **Syndesmophytes** grossiers et asymétriques, avec ossification en agrafe, de localisation préférentielle lombaire.
Atteinte du talon	- **Érosion postérieure** ou **inférieure** initialement, puis **reconstruction périostée**, puis **aspect de « pseudo-épine »**, jusqu'à la **périostite engainante et exubérante du calcanéum.**

		Atteinte des orteils et doigts	- **Arthrite érosive** d'une IPD. - **Ostéolyse inter-phalangienne** : interligne élargie, surfaces adjacentes très nettement délimitées. - **Ankylose** d'une articulation inter-phalangienne. - **Périostite juxta-articulaire en spicule** ou **en bande.** - **Résorption de la houppe phalangienne** ou **ostéo-périostite de la phalangette.**
	DD	→ **Atteinte cutanée** : affections mycosiques, dyshidroses, dermite séborrhéique et eczéma. → **Atteinte rhumatologique** : PR et autres spondylarthropathie, arthrose digitale érosive floride (érosions centrales avec aspect en « aile de mouette »). ATTENTION : ne pas oublier d'évoquer une **crise de goutte** en cas d'arthrite aiguë des membres inférieurs chez ces patients (le psoriasis est un FDR de goutte).	
TTT	→ Stratégie thérapeutique similaire à la polyarthrite rhumatoïde.		
	TTT symptomatique	- **AINS** : en 1re intention, pas au long cours (peu d'effet sur la dermatose). - **Antalgiques.** - **CTC orale :** exceptionnellement (risque d'aggravation de l'atteinte cutanée lors de la décroissance puis du sevrage, aggravation du syndrome métabolique).	
	TTT local rhumatologique	- **Infiltrations de dérivées cortisoniques** : dans les formes localisées. - Dans certains cas : **synoviorthèse, chirurgie réparatrice.**	
	TTT non pharmacologique	= Prise en charge adaptée et multidisciplinaire. - Physiothérapie, ergothérapie, podologie, kinésithérapie. - Prise en charge psychologique. - Diététicienne.	
	TTT de fond	**Traitements synthétiques conventionnels**	csDMARD : - **Méthotrexate** (15 à 25 mg/semaine) en 1re intention : efficace sur l'atteinte cutanée et articulaire. - **Léflunomide** (20 mg/J) : efficace sur l'atteinte articulaire, et partiellement sur l'atteinte cutanée. - **Sulfasalazine** (Salazopyrine) **(**2 g/J) : rarement utilisé car non efficace sur l'atteinte cutanée. tsDMARD : - **Aprémilast** : inhibiteur de la PD4, per os. Efficace sur les arthrites périphériques et l'atteinte cutanée. - **Inhibiteurs de JAK.**
		Traitements synthétiques ciblés	**Aprémilast** : inhibiteur de l'isoforme 4 de la phosphodiestérase. Prise PO. Efficace sur les arthrites périphériques et le psoriasis, mais moindre que les biothérapies. Pas d'efficacité structurale. **Tofacitinib** : inhibiteur de JAK (traitement PO), en association avec le MTX indiqué dans le traitement du rhumatisme psoriasique en cas de réponse inadéquate ou intolérance à un traitement synthétique conventionnel.
		Biothérapies	Uniquement en 2e intention : **- Anti-TNFα :** efficace sur l'atteinte articulaire et cutanée, ralentit la progression des lésions radiologiques. - **Secukinumab, ixekizumab** (anti- IL17) : Efficace sur l'atteinte cutanée, atteinte articulaire périphérique et axiale. - **Ustékinumab** (Anti IL12/IL23) : efficace sur le plan cutané et articulaire. - Anti IL23 : à venir.